

Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel

(Direktor Prof. Dr. Th. Koller)

Arbeit unter Leitung von P. D. Dr. med. J. Berger, 1. Oberarzt

Primäre Doppelcarcinombildung am Uterus

(einschliesslich Stadien Hinselmann III und IV a - c)

Kasuistischer Beitrag

aus dem Krankengut der Universitäts-Frauenklinik Basel 1942 - 1956

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

JOHANN HEINRICH TANNER

von Hölstein (Basel-Land)

VERLAG P. G. KELLER - WINTERTHUR 1959

1998



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546710_0005

Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel

(Direktor Prof. Dr. Th. Koller)

Arbeit unter Leitung von P. D. Dr. med. J. Berger, 1. Oberarzt

Primäre Doppelcarcinombildung am Uterus

(einschliesslich Stadien Hinselmann III und IV a - c)

Kasuistischer Beitrag

aus dem Krankengut der Universitäts-Frauenklinik Basel 1942 - 1956

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

JOHANN HEINRICH TANNER

von Hölstein (Basel-Land)

VERLAG P. G. KELLER - WINTERTHUR 1959

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag
von Herrn Prof. Dr. Th. Koller

Tag der Promotion: 5. Dezember 1958



*Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet*

Herrn Prof. Dr. Th. Koller möchte ich für seine Ratschläge und die Erlaubnis der Benutzung der Krankengeschichten meinen besten Dank aussprechen. Zu besonderem Dank bin ich aber Herrn P. D. Dr. J. Berger, 1. Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik Basel, verpflichtet, der mir während der ganzen Zeit umsichtig und in selbstloser Weise mit Ratschlägen und Hinweisen zur Seite stand.

I. Einleitung

Mit der vorliegenden Arbeit soll Stellung genommen werden zur Frage des gleichzeitigen Vorkommens von Plattenepithel- und Adeno-Carcinomen im Uterus. Insbesondere interessierte uns die Häufigkeit dieser Doppelcarcinombildungen. Auch aus therapeutischen Gründen erscheint die Abklärung dieser Tumoren wichtig, wenn auch *von Franqué* schon 1930 glaubte, dass diese Fälle von doppeltem Ca praktisch nicht mehr dasselbe Interesse haben wie früher, da die supravaginale Uterusamputation als Krebsbehandlungsmethode wohl allgemein aufgegeben worden ist.

Huber konnte bei der Bearbeitung der mehrfachen malignen Geschwulstbildungen innerhalb der Genitalorgane feststellen, dass eine eindeutige Bevorzugung relativ seltener Genitalcarcinome vorliegt. Die Collum-Carcinome, die häufigsten Genital-Ca, sind nur selten an primär multipler Geschwulstbildung beteiligt. Die Anhäufung von Multiplizitätstumoren im Bereich des Corpus uteri, der Ovarien und der Tuben liegt zahlenmässig über der statistischen Erwartung. Aus diesem Grunde wurde diese Tumormultiplizität als Folge multizentrischer Reaktion gewertet und die dazu gehörenden Gruppen als „Systemcarcinome“ besonders herausgestellt. Ihnen stehen die Carcinome der Vagina, der Vulva und der Portio (nicht aber die vom Müllerschen Epithel abstammenden Cervix-Ca) als sog. „Reizkrebs“ gegenüber, bei denen die mehrfache Geschwulstbildung selten ist und zahlenmässig die zufällige Erwartung nicht übersteigt.

II. Zur Frage der Doppelcarcinome des Uterus

Damit wir bei derselben Person mehrfache maligne Neoplasmen als primäre anerkennen können, stellte *Billroth* 3 Forderungen auf:

1. Den Nachweis des verschiedenen Ausgangspunktes der Neubildungen.
2. Verschiedene histologische Struktur der Tumoren.
3. Getrennte Metastasenbildungen.

Finden sich bei einem Individuum mehrere bösartige Tumoren, so können diese nach *Hauser* ihren Sitz haben:

1. In einem einzigen Organ.
2. In verschiedenen Organen, die in physiologischen Beziehungen zueinander stehen und so ein Organsystem bilden.
3. In verschiedenen, völlig voneinander unabhängigen Organen.

Die häufigsten multiplen Primärcarcinome finden sich in der Haut. Dann folgen der Häufigkeit nach der Verdauungstraktus und das weibliche Genitale.

Auch am Uterus allein wurden multiple Primär-Ca gefunden. In neuester Zeit hat *Krone* von einem Fall mit fünf malignen Primärtumoren am weiblichen Genitale berichtet. In diesem Falle waren am Uterus ein Adeno-Ca des Corpus, ein verhornendes Plattenepithel-Ca der Portio und ein kleinzelliges Sarkom festzustellen neben zwei getrennten Ovarialcarcinomen.

Es wurde vielfach erörtert, ob das Auftreten mehrerer primärer maligner Neoplasmen bei einem Individuum rein zufällig ist, oder ob eine gewisse, gemeinsame Ursache besteht. *Krone* vermutet in seinem Fall, dass neben einer Krebsdisposition ein endogener, möglicherweise hormonaler Faktor als auslösende Ursache für alle 5 Tumoren in Frage kommt.

Ribbert dagegen glaubt, dass es sich um ein rein zufälliges Zusammentreffen handelt und kein innerer Zusammenhang besteht. Er glaubt auch, die relative Seltenheit von multiplen, malignen Primärgeschwülsten dadurch erklären zu können, dass die erste maligne Neubildung die Lebensenergie des Trägers derart rasch konsumiere, dass sich eine zweite maligne Geschwulst zeitlich gar nicht mehr entwickeln könne. Dieses Argument hat zwar jetzt bei den wesentlich verbesserten Therapiemöglichkeiten (frühe Radikalooperation, intensive Röntgen- und Radiumbestrahlung) sicher an Stichhaltigkeit verloren.

Am Uterus allein bestehen folgende Möglichkeiten für das Vorkommen von mehreren Primär-Ca:

1. Räumlich vollkommen getrennt, z. B. Corpus und Collum.
2. Im Corpus vermischt als Adeno-Ca und Plattenepithel-Ca.

Die erste Forderung von *Billroth* wird nur von der ersten Gruppe erfüllt.

Sind in einem Corpuscarcinom Cylinderepithel und Plattenepithel innig vermischt und durcheinandergewürfelt und ist im Plattenepithel auch eine Verhornung festzustellen (*von Franqué*), so

spricht man auch von „Adenocancroiden“. Es drängt sich nun die Frage auf, ob „Adenocancroide“ zwei primäre Carcinome (multizentrische Anlage) oder einfache Tumoren mit sekundärer Metaplasie der Epithelien (unizentrische Anlage) sind. *Lubarsch* stellte seinerzeit folgende Definition für die Metaplasie auf: „Metaplasie ist die Umwandlung spezifischer Zell- oder Gewebestruktur in andersartige, ebenfalls bestimmt differenzierte, von gleichartigem Gewebe gebildete Struktur.“

Die histologische Untersuchung ergibt in den meisten Fällen Übergänge von Adeno-Ca in Plattenepithel in allen Stadien — allmähliche Abflachung der Epithelien, konzentrische Schichtung und teils Verhornung. Das Cylinderepithel wechselt regellos mit Plattenepithel ab, ohne dass circumscripte grosse Plattenepithel- und Cylinderzellbezirke bestehen. Diese Tatsachen machen die multizentrische Entstehung aus verschiedenen Matrices unwahrscheinlich, und die unizentrische Entstehung durch Metaplasie tritt in den Vordergrund. Es ist auch sehr wahrscheinlich, dass die Metaplasie erst sekundär im Tumor entsteht. Wäre die Metaplasie das Primäre und der Tumor das Sekundäre, so wäre das wieder gleichbedeutend mit multizentrischer Entstehung, die *Langley* und *Woodcock* bei dem von ihnen publizierten Fall einer 64jährigen Frau annehmen.

Es wurden auch Fälle von Collum-Ca beobachtet, die aufwärts wachsen und Corpus-Ca, die abwärts wachsen. In solchen Fällen ist es schwierig zu konstatieren, ob das Ca von der Cervix oder Portio ausging. *Roux, Marchal und Rapp* berichten von einem Fall, in dem sich das Plattenepithel-Ca des Collum per contiguitatem auf das Corpus ausdehnte und in den Tuben Implantationsmetastasen auftraten.

Nach *Obata, Schottländer* und *Kermauner* braucht der Krebs nicht immer da entstanden zu sein, wo er sich am meisten ausbreitet. Er kann an dem später erreichten Ort günstigere Wachstumsbedingungen finden.

Nach *von Franqué* gibt es vier Möglichkeiten der Fortleitung des Carcinoms von der Cervix auf das Corpus.

1. Per continuitatem.
2. Durch die Lymphbahnen der äusseren und mittleren Schicht der Uteruswand bis in das Corpus und Fundus uteri kontinuierlich empor.
3. Auf der Schleimhautoberfläche.
4. Bildung isolierter Metastasen in der Wand des Corpus von der Cervix aus.

Hitschmann hingegen betont, dass metaplastische Veränderungen um so leichter stattfinden können, je engere verwandtschaftliche Beziehungen zwischen der ursprünglichen Zellart und der metaplastisch gebildeten bestehen. Diese innigen verwandtschaftlichen Beziehungen sind beim Uterusepithel weitgehend vorhanden. Aus den Müllerschen Gängen, die aus dem Cölomepithel der Urniere entstehen, entwickeln sich Tube, Uterus und Vagina. Es hat also sowohl das geschichtete Plattenepithel der Vagina als auch das cubisch-cylindrische Epithel des Uterus eine gemeinsame Abstammung vom cylindrischen Epithel der Müllerschen Gänge.

Kommt es aber zu einer schrankenlosen Wucherung der Zellen, wie sie das Carcinom auszeichnet, so erlangt offenbar bei dieser kolossalen Neubildung das Epithel seine embryonale Fähigkeit wieder, wie in den Müllerschen Gängen, aus einer Epithelart bald Cylinder-, bald Plattenepithel zu bilden. Auch *Borst* glaubt, dass man hier indifferente Mutterzellen annehmen darf, denen verschiedene Differenzierungspotenzen zukommen.

So kommen wir mit *Büttner* zum Schluss, dass angesichts der Häufigkeit, mit welcher bei genauer histologischer Untersuchung sich carcinomatöses Plattenepithel in Cylinderzellkrebsen findet, es nicht mehr möglich ist, „doppelte Carcinome“ anzunehmen, das heisst, verschiedene Matrices für die verschiedenen Zellarten, sondern dass man dafür die Metaplasie verantwortlich machen muss.

III. Krankengut der Klinik

Als Material zu dieser Arbeit dienten die Uteruscarcinompatientinnen des Basler Frauenspitals der Jahre 1942 - 1956. Nicht berücksichtigt wurden diejenigen Fälle, die teils auswärts behandelt worden waren oder als Recidivfälle in die Klinik eintraten. Ebenfalls weggelassen wurden die Fälle, deren histologische Abklärung ungenau war oder bei denen der Ursprung des Carcinoms nicht genau ermittelt werden konnte. Die histologischen Untersuchungen wurden von der Pathologisch-anatomischen Anstalt der Universität Basel (Vorsteher: Prof. Dr. A. Werthemann) durchgeführt, mit Ausnahme der wenigen Fälle, die mit der gestellten Diagnose von auswärts zur Behandlung in die Klinik eingewiesen wurden.

Gliederung des Krankengutes

Tabelle 1

Verhältnis der Collum- zu den Corpuscarcinomen (vgl. auch Kurve 1)

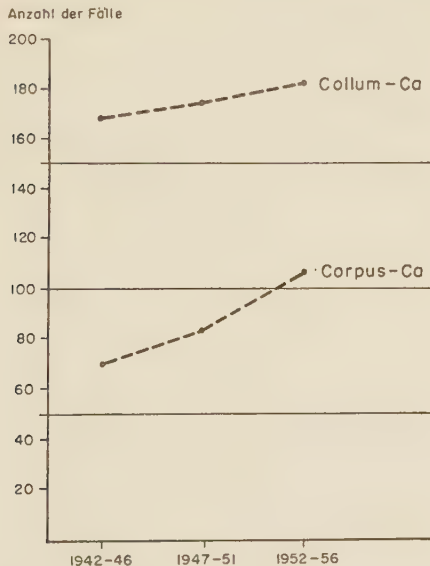
Lokalisation	1942—1946		1947—1951		1952—1956		Total 1942—1956	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
Collum-Ca Stad I-IV	168	70,6	174	67,7	181	63,1	523	66,9
Corpus-Ca	70	29,4	83	32,3	106	37,7	259	33,1
Total	238	100	257	100	287*	100	782*	100

* 2 Fälle von Collum- und Corpus-Ca wurden in der Statistik doppelt gezählt. Effektive Patientinnenzahl 285 resp. 780.

Es kommt also zu einer deutlichen relativen Abnahme der Collum-Carcinome zugunsten der Corpus-Carcinome.

Kurve 1

Anzahl Corpus-Ca und Collum-Ca in Fünfjahresgruppen



Vergleichen wir unsere Zahlen mit früheren Statistiken, so wird die relativ abnehmende Tendenz der Collum-Ca noch deutlicher.

Tabelle 2

Vergleich mit früheren Statistiken der Basler und der Zürcher Frauenklinik
(vgl. Kurve 2)

Kliniken		Collum-Ca %	Corpus-Ca %
<i>Basler Klinik:</i>			
Mattmüller	1899—1918	82,6	17,4
Abt	1928—1938	78,1	21,9
Niggli	1935—1945	74,5	25,5
Erb	1935—1942	74,1	25,9
Gadola	1942—1945	72,5	27,5
Erb	1943—1946	70,9	29,1
Tanner	1942—1946	70,6	29,4
Tanner	1947—1951	67,7	32,3
Tanner	1952—1956	63,1	37,7
<i>Zürcher Klinik:</i>			
Koller	1921—1933	76,5	23,5
Müller	1935—1945	75,5	24,5
Heid	1935—1955	74,1	25,9
<i>Frauenklinik St. Gallen:</i>			
Held	1940—1947	71,4	28,6

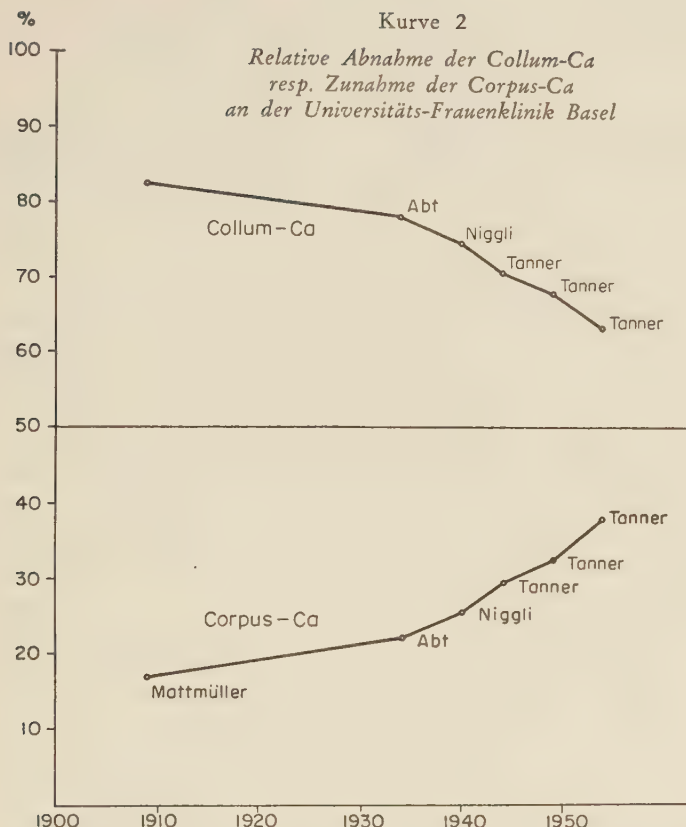
Tabelle 3

Vergleich der Adeno-Ca zu den Plattenepithel-Ca

	1942—1946	1947—1951	1952—1956	Total
Reine Plattenepithel-Ca	161 = 67,6 %	164 = 63,8 %	170 = 59,6 %	495
Reine Adeno-Ca	64	85	99	248
Adeno-Ca mit platten- epithelartigen Bildungen	13	8	14	35
Total Adeno-Ca	77 = 32,4 %	93 = 36,2 %	113 = 39,7 %	283
Sichere Doppel-Ca	—	—	2 = 0,7 %	2
Total	238 = 100 %	257 = 100 %	285 = 100 %	780

Wenn wir berücksichtigen, dass die Plattenepithel-Ca mit ganz wenigen Ausnahmen Collum-Ca, die Adeno-Ca aber meistens Corpus-Ca sind, so entsprechen sich Tabelle 1 und 3 annähernd. Rechnen wir mit 3 - 4 % Adeno-Ca in der Cervix, so haben wir genau das gleiche Zahlenverhältnis in beiden Tabellen. Auch von Franqué gibt bei seinen 200 Fällen 4 % Adeno-Ca der Cervix an.

Für die ausgesprochene prozentuale Abnahme der Collum-Ca und die entsprechende Zunahme der Corpus-Ca scheinen folgende Gründe wesentlich zu sein:



1. Durch die *allgemein höhere Lebenserwartung* kommen heute viel mehr Frauen in das Alter zwischen 55 - 65 Jahren, in dem das Corpus-Ca seine Häufigkeitsspitze aufweist, während früher viele Frauen dieses Alter gar nicht erreichten (Koller, Breitner und Adler).

2. Heute werden der Klinik im Vertrauen auf die Strahlenbehandlung und auf Palliativmassnahmen, wie Verabreichung von Carcinostaticis, Hormonen etc., Patientinnen zugewiesen, die früher als „hoffnungslose“ Fälle zu Hause ihrem Schicksal und der schmerzlindernden Droge überlassen wurden (Breitner und Adler).

3. Durch die *vermehrte Früherfassung* werden viele Fälle von Collum-Ca schon früher diagnostiziert und schon als sog. „Ca in situ“ oder als Hinselmann-Stadium III und IV behandelt.

Zählen wir zum Beispiel in der Jahresgruppe 1952 - 1956 die

181 Collum-Ca I - IV	
26 sog. Oberflächen-Ca	
44 Hi IV	
39 Hi III	zusammen, so erhalten wir
290 Fälle	= 73,2 % der Uterus-Ca.

Diese Prozentzahl ist doch um gut 10 höher als ohne Berücksichtigung der präcancerösen Stadien.

4. Schon von 1901 - 1926 hat *von Franqué* die Abnahme der Collum-Ca und die Zunahme der Corpus-Ca aus den Angaben verschiedener Autoren festgestellt und als Grund angenommen, dass das *Corpus-Ca infolge der häufigeren Ausführung der Probeauschabung häufiger erkannt wird*. Er hält es auch für möglich, dass die *Corpus-Ca überhaupt zugenommen haben*. Dieser Ansicht ist auch *Peel*, der von seinem Krankengut der Jahre 1946 - 1953 in Ontario (Kanada) berichtete, dass er ein Verhältnis von 1 : 2 der Corpus-Ca zu den Collum-Ca feststellen konnte. Es ist dies also das gleiche Zahlenverhältnis wie bei uns.

5. *Magner* und *Kearney* heben den sozialen Faktor hervor, indem sie an ihrer Klinik, deren Patientinnen hauptsächlich aus den oberen und mittleren Einkommensschichten stammen, ein *starkes Überwiegen der Corpus-Ca über die Collum-Ca feststellten*. Während das Corpus-Ca in allen sozialen Schichten gleichmässig verteilt vorkommt, scheint das Collum-Ca mehr in den niederen Schichten vorzukommen. Die beiden Autoren messen unter allen ätiologischen Faktoren für das Collum-Ca der unbehandelten Portioerosion die Hauptbedeutung bei, die bei Mehrgebärenden häufiger vorkommt und bei sozial schlechtergestellten Patientinnen meist unbehandelt bleibt. Es wären also das Ansteigen des Corpus-Ca und die Abnahme des Collum-Ca in unserer Statistik ein Beweis für den *gehobenen Lebensstandard der Bevölkerung*.

IV. Kasuistik

a) Zusammenstellung der Fälle

Bei der genauen Durchsicht des Krankengutes der Universitäts-Frauenklinik Basel in den Jahren 1942 - 1956 konnten wir auf Grund der Histologie-Berichte folgende Zahlen erhalten:

Gesamtzahl der reinen Plattenepithel-Ca	495
Gesamtzahl der reinen Adeno-Ca	248
Adeno-Ca mit Plattenepithel-Metaplasien	35
Doppel-Ca	2

Als sichere Doppel-Ca können nur 2 Fälle gelten (Tab. 8 u. 9), da nur bei diesen die Adeno- und Plattenepithel-Ca voneinander getrennt vom Corpus und Collum ausgehen, während bei den 35 Fällen von Adeno-Ca mit Plattenepithelmetaplasien die Geschwulstmassen eng vermischt sind und sich in fast allen Fällen die typischen Übergangsstadien von Adeno-Ca zu Plattenepithelbildungen nachweisen lassen.

Im Krankengut der Universitäts-Frauenklinik Zürich kann *Sulger Büel* in den Jahren 1921 - 1950 nur einen Fall mit sicherem Doppelcarcinom des Uterus feststellen und weist auf die Schwierigkeit der sicheren Diagnose hin.

Von unseren 35 Fällen von Adeno-Ca mit Plattenepithelmetaplasien sind 25 Corpus-Ca und 10 Collum-Ca.

Die histologische Diagnose fusst in 24 Fällen auf der Untersuchung von Curettage-Material oder Probeexcisionen und nur in 11 Fällen auf Operationspräparaten.

Hinsichtlich des Durchschnittsalters der Patientinnen lässt sich an Hand der Tab. 4 feststellen, dass es bei den Metaplasiefällen zu einer Verschiebung zu höherem Alter kommt. Das erhöhte Durchschnittsalter ist besonders deutlich ausgeprägt bei den Patientinnen mit Collum-Ca. Diese Beobachtung ist aber insofern verständlich, als es sich bei diesen Fällen fast ausschliesslich um Adeno-Ca der Cervix handelt, die viel mehr Ähnlichkeit mit den Adeno-Ca des Corpus haben als mit den reinen Plattenepithel-Ca der Portio.

Tabelle 4

Vergleich des Durchschnittsalters der Patientinnen mit Carcinom-Metaplasien (Metaplasiefälle) mit dem Durchschnittsalter der Patientinnen mit reinem Adeno- bzw. Plattenepithel-Ca („Reine“ Carcinomfälle) in den Jahren 1942—1956. Vergleiche Kurve 3

Lokalisation	Metaplasiefälle		„Reine“ Carcinomfälle		Unterschied
	Anzahl	Durchschnittsalter	Anzahl	Durchschnittsalter	
Corpus	25	62,2 Jahre	232	60,3 Jahre	+ 1,9 Jahre
Collum	10	57,9 Jahre	511	51,4 Jahre	+ 6,5 Jahre
Total	35	61,0 Jahre	743	54,2 Jahre	+ 6,8 Jahre

Kurve 3

Graphische Darstellung von Tabelle 4

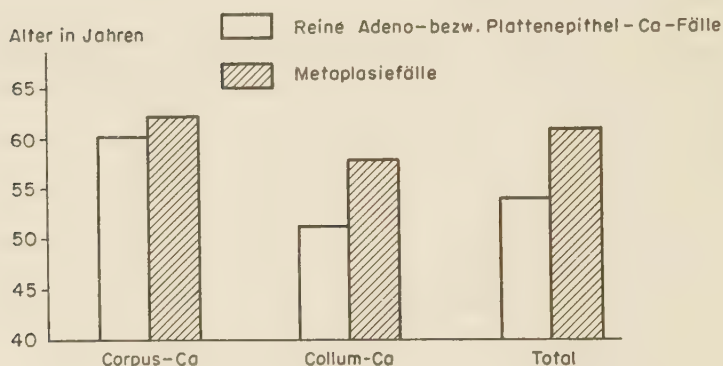


Tabelle 5

Zusammenstellung der Behandlung bei den 35 Metaplasiefällen

Behandlungsart	Corpus	Collum	Total
Bestrahlung (Rö., Ra.)	16	7	23
Operation und Bestrahlung	8	2	10
Nur Operation		1	1
Symptomatisch	1		1

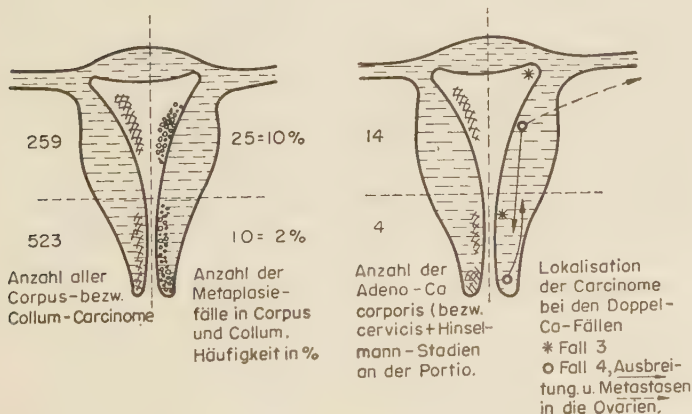
Bei 18 Adenocarcinom-Fällen wurden an der Portio Plattenepithelveränderungen gefunden. In den meisten Fällen handelte es sich um Hinselmann-I- und -II-Stadien, nur in 2 Fällen um Stadien Hinselmann III resp. IV a und b. Da es sich dabei jedoch meistens um Nebenfunde bei Adeno-Ca handelte, wurde die Behandlung dadurch nicht beeinflusst (Ausnahmen sind Fall 1 und 2).

Therapieerfolge

Wegen der geringen Zahl der Metaplasiefälle können wir die Heilungserfolge nicht statistisch auswerten, besonders da auch einige unserer Fälle interkurrent starben und bei mehreren Todesfällen keine Sektion ausgeführt werden konnte. Es scheint jedoch, dass die Metaplasiefälle des Corpus ungefähr die gleichen Heilungsaussichten haben, wie sie *Erb* für alle Corpus-Ca der Jahre 1943 - 1946 angab (50 % Fünfjahresheilung). Bei den sehr wenig Collum-Metaplasiefällen können wir wahrscheinlich einen etwas grösseren Therapieerfolg annehmen, als *Erb* für alle Collum-Ca der Jahre 1943 - 1946 berechnete (37 % Fünfjahresheilung), obwohl es sich meistens um Adeno-Ca der Cervix handelt, die, wie *Döderlein* feststellte, im

Abbildung 1

Schematische Darstellung der Lokalisation der Uteruscarcinome



allgemeinen eine schlechtere Heilungstendenz aufweisen als die soliden Carcinome des Collum. Wieweit sich die Prognose bei den Metaplasiefällen in den letzten Jahren verbesserte, können wir wegen der zu kleinen Zahl nicht beurteilen. Wir gehen aber wohl kaum fehl, wenn wir eine gewisse Parallelität annehmen zur Prognose aller Uterus-Carcinome. So beträgt jetzt an der Universitäts-Frauenklinik Basel die Fünfjahresheilung bei den Patientinnen der Jahre 1951 und 1952 bei den Corpus-Ca 70 % und bei den Collum-Ca 64 %.

b) Einzelfälle

Übersicht

1. Fall: Adeno-Ca der Cervix mit Plattenepithelmetaplasien, wahrscheinlich vom Gartnerschen Gang ausgehend. An Portio Hinselmann III (Tab. 6).

Carcinome, die vom Gartnerschen Gang ausgehen, stellen eine grosse Seltenheit dar. So glaubte *von Franqué* 1930 nur die beiden Fälle von *R. Meyer* als absolut gesichert annehmen zu dürfen. In der letzten Zeit aber wurden doch wiederholt Tumoren vom Gartnerschen abgeleitet. So berichten in der neuesten Literatur *Berthelsen* und *Szendi* über je einen Fall von Carcinom, die sicher vom Gartnerschen Gang ausgingen. In unserem Krankengut fand sich noch ein weiterer Fall (Gyn.J.Nr. 270/56), dessen Geschwulsttopographie den Verdacht nahelegt, dass auch dieses Carcinom vom Gartnerschen Gang ausging.

2. Fall: Adeno-Ca im Corpus uteri (beginnendes Adenocarcinoid). An Portio Hinselmann IV (Tab. 7).

3. Fall: Typischer Doppelcarcinomfall: Plattenepithel-Ca im Collum und Adeno-Ca im Corpus uteri (Tab. 8).

4. Fall: Doppelcarcinomfall: Plattenepithel-Ca der Portio und Adeno-Ca des Corpus uteri, in der Cervix vermischt. Uterus myomatosus. Metastasen in den Ovarien (Tab. 9).

Tabelle 6

Fall 1, 1897, E. B.-M., 48j., Gyn. J. Nr. 153/46

1922	Normale Geburt		
1933	Salpingophorektomia dextra bei Entzündung, Lösung von Adhäsionen.		
Seit Sept. 1945	Kreuzschmerzen, Müdigkeit; unregelmässige, starke u. schmerzhaftes Menses.		
15. 1. 1946	Einweisung in die Klinik zur Abklärung.	Curettagge und PE aus der Portio	Atrophisches Endometrium und stellenweise cystische Drüsenläsionen. An der Portio Hi III.
6. 2. 1946	Einfache Totalexst. des Uterus und der linken Adhese. Es wurde auf eine Nachbestrahlung verzichtet, da sicher der ganze Tumor entfernt werden konnte.		Umschriebenes, relativ kleines Ca der Cervix, das weder von der Portio noch vom Endometrium abzuleiten ist. Wahrscheinlich von Resten des Gartnerischen Ganges ausgehend. Das Carcinom ist z. T. drüsig gebaut, z. T. Plattenepithelformationen.
1. 3. 1946	Entlassung nach Hause in gutem Zustand. Wiederholte Kontrollen		
8. 8. 1955	Letzte Kontrolle Pat. ist symptomfrei.		

Tabelle 7

Fall 2, 1903, M. B.-H., 51j., Gyn. J. Nr. 423/54

1926	Zwillingsgeburt		
1952-54	Menses unregelmässig		
11. 2. 1954	Seit 7 Wochen keine Menses, aber starker Fluor. Sonst allgemeines Wohlbefinden.		
	Kolposkopie	PE Ca-Cytodia- gnostik	Portio Hi III-IVa Positiv Kl. V
6. 3. 1954	Einfache Totalexst. des Uterus und der beiden Adnexe. Nachbestrahlung mit Röntgen. Die Patientin lehnt Radiumeinlage ab.		Portio Hi IVb. Im Fundus uteri beginnendes Adeno-Ca, z. T. mit Plattenepithelmetaplasien. Glandulär-cystische Hyperplasie
27. 1. 1956	Nachkontrolle. Vagina ist glatt und endet blind. Die Parametrien sind beidseits frei. Die Patientin fühlt sich sehr wohl.		
18. 1. 1957	Letzte Kontrolle. Status idem.		

Tabelle 8

Fall 3, 1901, M. B.-M., 55j., Gyn. J. Nr. 1160/56

1922	Normale Geburt		
1948	Curettagewege klimakterischen Blutungen		
1951	Operation nach Stöckel wegen Inkontinenz und leichter Cystocele.		
10. 7. 1956	Untersuchung in Poliklinik wegen Dauerblutung seit Mai 1956 Kolposkopie	PE aus der Portio Ca-Cytodiagnostik	Verhornendes Plattenepithel-Ca mit nekrotischem Zerfall. Positiv Kl. IV
20. 7. 1956	Operation nach Wertheim Die Parametrien sind frei von Tumor.		An Tubenwinkel papilläres Adeno-Ca. An der Portio kleines Plattenepithel-Ca, das zum grössten Teil schon bei der PE entfernt wurde. Entzündung des Endometrium. Cervixpolyp. Kleines Myom.
6. 10. 1956	Nachbestrahlung mit Röntgen. Die Patientin lehnt Radiumeinlage ab. Entlassung nach Hause in gutem Zustand.		

Tabelle 9

Fall 4, 1901, C. G., 55j., Gyn. J. Nr. 3157

Keine Geburten

1954

Menopause

1. 10. 1956

Einweisung in die Klinik.

Die Patientin hatte vorher lange Zeit jede Behandlung abgelehnt.

Befund beim Eintritt: Portio-Ca Stad.

II-III. Uterus myomatosus. Reduzierter Allgemeinzustand nach starken Blutungen.

Bestrahlungen mit Röntgen und

Radium haben symptomatisch guten Erfolg. Bluttransfusionen.

19. 12. 1956

Supravaginale Uterusamputation und

Entfernung der Adnexe und Ovarien.

Rein symptomatischer Eingriff zur

Erleichterung der weiteren Bestrahlung.

Postoperativ tritt aber ein rascher

Kräftezerfall ein.

1. 1. 1957

Exitus letalis an Peritonitis und

weitgehender Nekrose im Operations-

gebiet. Schwere trübe Schwellung aller

parendymatösen Organe.

PE aus der
Portio

Stark in Nekrose begriffenes, nicht
verhornendes Plattenepithel-Ca.

Doppel-Carcinom!

Cystisch-papillär wachsendes Adeno-Ca des

Corpus uteri, in der Cervix mit Plattenepithel-

Ca der Portio vermischt. Metastatische

Durchwachsung der Ovarien (Adeno-Ca).

Uterus myomatosus.

V. Schlussfolgerung

An Hand unseres Materials können wir feststellen, dass echte, sichere Doppelcarcinome am Uterus sehr selten vorkommen und nicht häufiger sind als sonstige Doppelcarcinome in verschiedenen Organen des Körpers. So hat *Schuster* einen höheren Prozentsatz von Collum-Ca kombiniert mit Mamma-Ca beobachten können, aber auch er kommt zum Schluss — allerdings im Gegensatz zu *Huber* —, dass es sich um ein rein zufallsbedingtes Zusammentreffen handelt. Wir können also eine gemeinsame Noxe für Adeno- und Plattenepithelcarcinom oder Collum- und Corpus-Ca mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen.

Zusammenfassung

Diskussion der uni- oder multizentrischen Geschwulstentstehung der Adenocarcinome.

Statistisch zeigt sich eine deutliche relative Abnahme der Collum-resp. Plattenepithel-Ca und eine entsprechende Zunahme der Corpus-resp. Adeno-Ca. Als Gründe für diese Verschiebung werden vor allem erwähnt:

1. Das erhöhte Durchschnittsalter der Bevölkerung, d. h. mehr Frauen erreichen das höhere Alter der Corpus-Ca-Patientinnen.
2. Der Klinik werden heute vermehrt auch früher „hoffnungslose“ Fälle von Corpus-Ca zugewiesen.
3. Abnahme der Collum-Ca durch die vermehrte Früherfassung.
4. Hebung des Lebensstandards. Die Collum-Ca, die in sozial schlechter gestellten Kreisen häufiger sind, nehmen relativ ab, während die Corpus-Ca, die in allen sozialen Schichten gleich häufig vorkommen, zunehmen.

Die 35 Metaplasiefälle der Jahre 1942 - 1956 haben ein etwas höheres Durchschnittsalter als die 743 einfachen Carcinomfälle der gleichen Zeitspanne (Collum + 6,5 Jahre, Corpus + 1,9 Jahre). Echte Doppelcarcinome stellen im Gegensatz zu den häufigen Metaplasien eine Seltenheit dar. Eine gemeinsame Ursache für die Doppelcarcinome erscheint unwahrscheinlich.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abt, K., Diss. Basel 1946. *Gynaecologia* 122, 75 (1946).
- Berthelsen, H. G., *Nord. Med.* 56, 973 (1956), zit. n. *Ber. ges. Gyn. u. Geb.* 60, 23 (1956).
- Billroth, zit. n. Hauser.
- Borst, in Aschoff, *Lehrbuch der patholog. Anatomie*. Jena 1909 Bd. 1, zit. n. Büttner.
- Breitner, J., u. Adler, U., *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 2, 113 (1955).
- Büttner, O., *Archiv f. Gynäk.* 94, 794 (1911).
- Döderlein, G., *Zbl. Gynäk.* 75, 1529 (1953).
- Erb, H., Diss. Basel 1954, *Gynaecologia* 137, 95 (1954).
- von Franqué, O., in *Handbuch Veit-Stöckel* 1930 (VI/I).
- *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 44, 173 (1901).
- Gadola, D., Diss. Basel 1947, *Gynaecologia* 123, 1 (1947).
- Hauser, H., *Archiv f. Gynäk.* 99, 339 (1913).
- Held, E., *Gynaecologia* 139, 240 (1955).
- *Praxis* 44, 1006 (1956).
- Hitschmann, F., *Archiv f. Gynäk.* 69, 629 (1903).
- Huber, H., *Strahlentherapie* 92, 130 (1953).
- Koller, Th., *Schw. Med. Wschr.* 67. Jg. (1937) 215.
- Koller, Th., u. Breitner, J., Vortrag bei der Tagg. d. Oberrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. am 8./9. 5. 1953; ref. *Geburtsh. u. Frauenhk.* 8, 753 (1954).
- Krone, H. A., *Geburtsh. u. Frauenhk.* 1956, 848.
- Langley, F. A., u. Woodcock, A. S. J., *Obstetr. (London)* NS. 61, 821 (1954), zit. n. *Ber. ges. Gyn. u. Geb.* 55, 293 (1955).
- Lubarsch, zit. n. Hauser.
- Magner, J. W., u. Kearney, W., *Brit. Med. J.* 4859, 434 (1954), zit. n. *Ber. ges. Gyn. u. Geb.* 55, 170 (1955).
- Mattmüller, G., Diss. Basel 1922.
- Meyer, R., zit. n. von Franqué.
- Müller, J. H., zit. n. Niggli.
- Niggli, F., Diss. Basel 1948, *Gynaecologia* 130, 1 (1950).
- Obata, J., *Archiv f. Gynäk.* 99, 474 (1913).
- Peel, J. H., *Amer. J. Obstetr.* 71, 718 (1956), zit. n. *Ber. ges. Gyn. u. Geb.* 59, 239, (1956).
- Ribbert, H., *Geschwulstlehre*, Bonn 1904.
- Roux, G., Marchal, G., Rapp, P. E., *Bull. Fédérat. Soc. Gynéc. et Obstétr.* 5, 216 (1953), zit. n. *Ber. ges. Gyn. u. Geb.* 51, 269 (1954).
- Schottländer und Kermauner: *Zur Kenntnis des Uteruscarcinoms*, Berlin 1912.
- Schuster, A., *Geburtsh. u. Frauenhk.* 1956, 160.
- *Strahlentherapie* 89, 538 (1953).
- Sulger-Büel, A., Diss. Zürich 1953.
- Szendi, B., *Magy. Nőorvosok Lapja* 19, 170 (1956), zit. n. *Ber. ges. Gyn. u. Geb.* 60, 22 (1956).

Gedruckt in Westdeutschland

